2026/02

medLife

Beruf. Balance. Begeisterung.

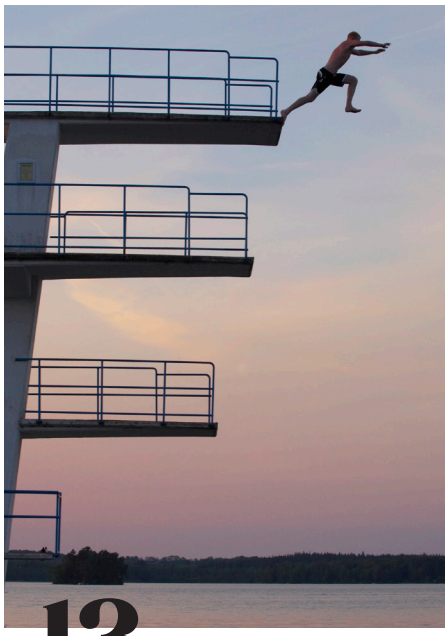
13 Der Sprung in die Oberarztrolle
16 Die Zukunft der Hausarztmedizin
56 Medizin trifft Mode

Nähe. Vertrauen. Distanz.

Beziehungen am Arbeitsplatz

mededition.ch

Inhalt



13

Im Trend

08 **Therapie an der frischen Luft:** KSB plant einen Heilwald für Patient:innen

09 **Geteilte Verantwortung:** Wie Haus- und Kinderärzt:innen in Zukunft arbeiten wollen

10 **Tiergestützte Therapie:** Pilotprojekt am CHUV

@Work

13 **Sprung in die Oberarztrolle:** Dr. med. Tharshika Thavayogarajah verrät, was ihr beim Karriereschritt geholfen hat

16 **Hausarztmangel:** Warum Prof. Dr. med. Sven Streit trotzdem optimistisch ist

19 **Hausarzt-Curriculum:** Wie das Kantonsspital Aarau für Aha-Momente sorgt

20 **Medizin im Einsatz:** Wenn die Praxis im Militärcamp liegt

22 **Ab in die Ferien:** Die Praxis-Checkliste für ruhige Abwesenheiten

24

Dossier Beziehungen am Arbeitsplatz

26 **Liebe am Arbeitsplatz:** Was sagt die Paartherapeutin, was sagt das HR?

30 **Porträt Freundschaft:** Dr. med. Laura Knabben und Dr. med. Stefan Mohr erleichtert Vertrautheit den Arbeitsalltag

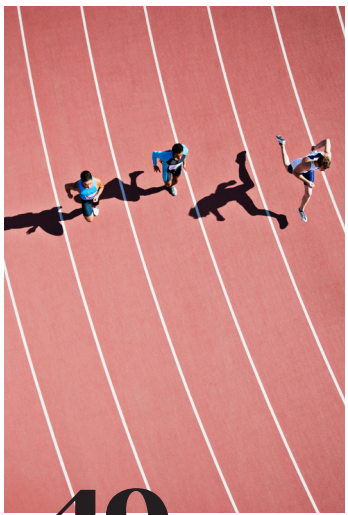
32 **Porträt Liebe:** Dr. med. Nicoleta Schiess und Maik Schiess zwischen Ehe und Leistung

34 **Porträt Familie:** Dr. med. Salome Zeller und Dr. med. Christoph Zeller sind Vater und Tochter im gleichen Team

36 **Nähe, Macht, Tabu:** VSAO-Zürich-Vizepräsidentin Dr. med. Zehra Hepp über Grenzüberschreitungen und sexuelle Belästigung

39 **Wie kollegial darf es sein?** Co-Chefarzt Thomas Egger über Nähe zwischen Chef:in und Team

40 **Konflikte im Kollegium:** Wie Konfliktmanagement Stress reduziert



49

56

59

Im System

43 **Papiertiger gegen Bürokratie:** Wie das Projekt Ärzt:innen und Versicherer eint

45 **Seltene chronische Erkrankungen:** PD Dr. med. Christoph Neuwirth über ein strukturelles Defizit

Self.Care.

49 **Trainingsshirt statt Weisskittel:** Ex-Spitzenläufer Prof. Dr. med. Thomas Wessinghage will Ärzt:innen in Bewegung bringen

52 **Pensionierung:** Inspirierende Wege für das zweite Kapitel

Out of the Box

55 **Kolumne Doppel-Visite:** Dr. med. Willi Balandies über die Arztrolle, die keinen Feierabend kennt

56 **Medizin trifft … Mode:** Der ärztliche Dresscode, von damals bis heute

The Good Life

59 **Allein reisen:** Drei medLife-Kolleginnen über Freiheit, Abstand und neue Perspektiven

62 **Umfrage:** Kindle-Reader zu gewinnen

65 **Hinter den Kulissen**

66 **Kreuzworträtsel** mit Gewinnchance

«Das Team ist die Zukunft der Grundversorgung»

Fast die Hälfte der Hausärzt:innen geht in den kommenden zehn Jahren in Pension. Gleichzeitig steigt der Bedarf an Grundversorgung. Warum Prof. Dr. med. Sven Streit dennoch zuversichtlich ist.

Von Melanie Oetting

Die Hausarztmedizin ist das Fundament des Gesundheitssystems. Hier wird koordiniert, eingeordnet und entschieden. Was bleibt in der Praxis? Was braucht weitere Abklärung? Diese Filterfunktion entlastet das System und macht es effizient.

Doch genau dieses Fundament gerät zunehmend unter Druck. Eine Studie, die Prof. Dr. med. Sven Streit, Hausarzt und Professor für interprofessionelle Grundversorgung an der Universität Bern, 2024 im Auftrag der SGAIM erstellte, zeigt: In den nächsten zehn Jahren fallen durch Pensionierungen 44 Prozent der Hausärzt:innen weg, wenn nicht ausreichend Nachwuchs nachrückt. Gleichzeitig führt der demografische Wandel zu mehr chronischen Erkrankungen und komplexeren Verläufen. Die Nachfrage steigt, das Angebot sinkt.

Prof. Streit, Ihre Studie sollte ursprünglich die Vielfalt der Allgemeinen Inneren Medizin abbilden. Plötzlich stand diese 44-Prozent-Lücke im Raum.
Wir wollten sichtbar machen, dass die Allgemeine Innere Medizin nicht ausschliesslich Hausarztmedizin bedeutet. Man kann eine internistische Abteilung im Spital leiten oder wie ich nebenbei forschen oder sich standespolitisch engagieren. Die Möglichkeiten sind vielfältig. Die Zahl der 44 Prozent beschäftigt mich seither. Eine Lücke ist schon heute Realität: Viele Patient:innen finden keine Hausarztpraxis mehr, die sie neu aufnimmt.

Was sind die Folgen dieser Versorgungslücke?
Menschen ohne Hausärztin oder Hausarzt pendeln im System, von Fachärztin zu Facharzt oder zwischen Spital und Zuhause. Der Überblick fehlt. So entstehen zusätzliche Kontakte, mehr Nachkontrollen. Eine fragmentierte Versorgung bedeutet höhere Kosten, geringere Zufriedenheit und ist ineffizient: Spezialärzt:innen übernehmen Aufgaben, die in der Grundversorgung besser aufgehoben wären.

Zu wenige Hausärzt:innen rücken nach. Ist die Fachrichtung unattraktiv?
Ich erlebe, dass die Attraktivität für junge Ärzt:innen eher hoch ist. Als ich damals Hausarzt werden wollte, äusserte man den Wunsch noch hinter vorgehaltener Hand. Heute interessieren sich viele Assistenzärzt:innen für die Hausarztmedizin. Das Ansehen ist gestiegen.

Was ergeben Ihre Befragungen zu den Bedürfnissen der jungen Ärzt:innen?
Dass viele zunächst angestellt arbeiten und später aktiv unternehmerische Verantwortung übernehmen möchten. Beliebt sind eher kleinere Gruppenpraxen, nicht zu gross, nicht zu klein, besonders in periurbanen oder ländlichen Regionen. Im Kanton Bern haben wir zudem gezielt überprüft, ob das nur Wunsch bleibt oder tatsächlich umgesetzt wird: Von jenen, die ihre Praxisassistenz im ländlichen Raum absolvierten, wurde etwa jede zweite Person dort sesshaft – also hat die Praxis übernommen oder eine neue eröffnet.

Inwiefern ist das Ansehen der Fachrichtung gestiegen?
Bei den Patient:innen war es immer hoch. Sie schätzen die persönliche Beziehung und die koordinierende Rolle. Im System ist unsere navigierende Funktion stärker in den Fokus gerückt. Sie entlastet andere Bereiche und wird von Spezialist:innen geschätzt. Gleichzeitig verändern sich die Rahmenbedingungen: Digitalisierung, «ambulant vor stationär», komplexere Krankheitsbilder. Das Hausarztmodell muss sich jetzt weiterentwickeln.

In welche Richtung?
Hin zu mehr Teamansätzen, mehr Interprofessionalität. Nicht mehr die einzelne Person, die betreut, sondern ein Praxissystem. So lassen sich Teilzeitmodelle, flexible Arbeitsformen und delegierte Aufgaben besser umsetzen.

Teilzeit gilt oft als Problem. Wie sehen Sie das?
Ganz nüchtern: ohne Teilzeit keine Hausarztmedizin. Teilzeit ist ein Fakt, kein Mangel. Vielen geht es dabei um Flexibilität, etwa um sich in Lehre, Forschung oder standespolitisch zu engagieren. Wir sagen immer, Patient:innen müssen als Ganzes gesehen werden. Das gilt auch für Mitarbeitende.

Wo sehen Sie den stärksten Hebel gegen die Versorgungslücke?
Darin, unsere Zeit konsequent dort einzusetzen, wo es uns wirklich braucht, und für den Rest pragmatische Lösungen zu finden. Eine Patientin mit einer leichten Erkältung kann gut in der Apotheke beraten werden. Ein Patient mit Erbrechen kommt mitunter unnötig in die Praxis wegen eines Arbeitgeberzeugnisses für den ersten Krankheitstag. Gleichzeitig investiere ich viel Zeit in administrative Anfragen von Versicherungen, etwa um zu erklären, warum ich ein Medikament verordnet habe. Diese Übersetzungsarbeit habe ich den Patient:innen gegenüber bereits geleistet. Wenn wir unsere Expertise dort einsetzen, wo sie Mehrwert schafft, gewinnen wir Zeit und Qualität.

Sie sprechen von einer Kultur des Misstrauens.
Ich bin offen für Kontrolle und Transparenz. Aber mit dieser Absicherungsmedizin leisten wir uns ein sehr teures System, in dem jede einzelne Leistung kontrolliert wird. Dort, wo der administrative Aufwand hoch und der Nutzen gering ist, sollten wir den Mut haben, Prozesse zu hinterfragen.

Welche gesundheitspolitischen Schritte sind jetzt nötig?
Die Sicherung der Grundversorgung ist ein Jahrzehnteprojekt, das langfristige gesundheitspolitische Stabilität braucht. In Ländern wie Schweden verdienen Hausärzt:innen zum Teil mehr als Spezialist:innen. Und auch bei uns bewegt sich etwas. Mit TARDOC kann ich meine koordinierenden Leistungen besser abbilden als früher. Das ist ein Schritt in die richtige Richtung.

Was hilft, wenn Praxen keine Nachfolge finden?
Wer in Pension geht, kann früh viel bewirken: Studierende aufnehmen, Praxisassistenzen anbieten und jungen Kolleg:innen die Realität des Berufs zeigen. Zudem können Gemeinden oder Ärztenetzwerke mit Strukturen oder Mitfinanzierungen unterstützen.

«Wir haben ein gutes System, wir müssen es nur klug weiterentwickeln.»

Warum sind Sie selbst Hausarzt geworden?
Ein Praktikum bei einem Berner Hausarzt hat mich überzeugt. Ich sah, wie er arbeitete: abwechslungsreich, alle 15 bis 30 Minuten eine neue Situation. Zudem war er politisch aktiv und schrieb Artikel als Redaktor. Diese Breite hat mich fasziniert. Man kann für Menschen da sein und gleichzeitig sein umfangreiches medizinisches Wissen einsetzen. Für mich ist es bis heute der vielfältigste und schönste Beruf.

Sie klingen optimistisch.
Ja. Wir haben ein gutes System. Wenn wir an den richtigen Stellen ansetzen – bei Ausbildung, Arbeitsmodellen, Administration und politischen Rahmenbedingungen –, können wir die Grundversorgung weiter stärken. ✖

ABOUT

Prof. Dr. med. Sven Streit

Professor für interprofessionelle Grundversorgung an der Universität Bern. Zusammen mit seiner Frau führt er im Jobsharing eine Hausarztpraxis in Konolfingen. Die Familie lebt im Haus der Praxis und geniesst den gemeinsamen Mittagstisch mit Kindern und Hund.

Herzklopfen im Nachtdienst

Ein Blick von zwei Seiten auf Liebe am Arbeitsplatz

Warum Beziehungen im Spital besonders häufig entstehen, oft spektakulär zerbrechen und wann sie heikel werden. Eine Einordnung aus paartherapeutischer und HR-Perspektive.

Von Melanie Oetting

02:37 Uhr auf der Intensivstation. Ärztin und Arzt, ein schwer kranker Patient, routinierte Handgriffe. Kurze Blicke. Und das Gefühl, zusammen an einem Strang zu ziehen. Später Kaffee im Stationszimmer. Diese Nähe bei gleichzeitiger Verantwortung ist besonders. Und manchmal wird mehr daraus.

Dass sich Menschen im Job verlieben, ist kein Ausnahmefall. «Rund ein Drittel aller Beziehungen beginnt am Arbeitsplatz. Im Gesundheits- und Sozialwesen ist die Zahl deutlich höher», sagt Dr. med. Regula Guggenbühl Schlittler, Paartherapeutin und Beraterin bei ReMed, dem Netzwerk für Ärzt:innen in Krisensituationen. Für viele Mediziner:innen ist das Spital nicht nur Arbeitsort, sondern Lebensmittelpunkt: mit langen Schichten, wenig Freizeit und der Folge, dass soziale Kontakte sich vermehrt ins Berufsumfeld verlagern.

Ein Biotop emotionaler Intimität

Nicht zufällig spricht das Deutsche Ärzteblatt in diesem Zusammenhang von Kliniken als «Biotop emotionaler Intimität». Gemeint ist ein Umfeld, in dem Nähe fast zwangsläufig entsteht. «Im Spital erlebt man Extremsituationen – emotional belastend, intensiv. Das schweisst zusammen», sagt Guggenbühl. Wer gemeinsam durch solche Situationen geht, lernt sich schnell gut kennen: persönliche Werte, die eigene Verletzlichkeit oder die Art und Weise, mit Extremen umzugehen. Vieles zeigt sich verdichtet in kurzer Zeit.

Achtung, zerbrechlich

Genau darin liegt auch ein Risiko. Ob Flirt, Affäre oder Beziehung: Was unter Hochdruck entsteht, ist nicht automatisch stabil. Die biotopartige Nähe kann wie ein Brandbeschleuniger für zwischenmenschliche Anziehung wirken. Gefühle entstehen schneller, Verbindungen erscheinen tiefer, als sie sich ausserhalb des Spitals vielleicht entwickelt hätten. Gleichzeitig verschwimmen für Paare die Grenzen zwischen Beruf und Privatleben schon früh in der Beziehung: Gespräche über den Tag, über Patient:innen, über Stress gehen nahtlos in persönliche Themen über. Was zunächst verbindend wirkt, kann zur Belastung werden, etwa wenn Konflikte aus der Beziehung in den Arbeitsalltag hineinreichen.

«Arbeit und Privates zu teilen kann beglückend sein. Aber eine saubere Trennung dessen, was wo besprochen wird, macht es für das Paar und auch für das Team einfacher», weiss Guggenbühl. Heisst: Privates gehört nicht in die Klinik und die Klinik nicht an den Esstisch.

Öffentlich oder geheim?

Im hormonellen Rausch der Verliebtheit liegt es nahe, das eigene Glück mit dem Team zu

teilen. Einen kühlen Kopf zu bewahren, ist in dieser Verfassung fast ein Kunststück – und doch oft die bessere Strategie. Der entscheidende Faktor bei der Frage «offenlegen oder geheim halten» ist Klarheit. «Zuerst sollte man sich selbst sicher sein: Sind wir wirklich ein Paar?», rät Guggenbühl. Die Beziehung zunächst für sich zu behalten, bietet einen Schutzraum, um genau dies herauszufinden.

«Ein Spital ist ein bisschen wie ein Dorf», findet Guggenbühl: «Da kann es schwierig werden, eine Beziehung langfristig zu verheimlichen, so dass ein Offenlegen oft entlastend wirkt. Aber jedes Paar sollte für sich herausfinden, ob und wie es die Beziehung bekanntgeben will oder nicht.»

«Ein Spital ist wie ein Dorf. Es kommt alles vor, was im Leben vorkommt.»

Ist die Beziehung einmal exponiert, steht sie unter Beobachtung. Sowohl für das Paar als auch für das Umfeld kann öffentliches Paarleben zur Belastung werden. Viele Spitäler haben klare Regeln, wann Beziehungen gemeldet werden müssen, insbesondere bei hierarchieübergreifenden Konstellationen. Denn sobald ein Abhängigkeitsverhältnis besteht, ist eine Beziehung nicht mehr nur Privatsache.

Zwischen Privatsache und Personalpolitik

Nicole Stämpfli, HR-Direktorin der Insel Gruppe mit rund 11 000 Mitarbeitenden, weiss, dass Beziehungen im Spital häufig vorkommen. «Sie sind bei uns nicht verboten und auch kein Tabu. Aber sie müssen gemeldet werden, wenn eine Abhängigkeit besteht.»

Beziehungen, die innerhalb derselben Hierarchiestufe stattfinden, sind aus ihrer Sicht meist unproblematisch. Heikel wird es, wenn emotionale Nähe auf strukturelle Abhängigkeit trifft. «Sobald eine Person über die andere entscheidet, etwa bei Dienstplänen, Beförderungen oder Lohnfragen, entsteht ein Interessenkonflikt», sagt Stämpfli. Dieser muss nicht einmal real sein, um Wirkung zu entfalten. «Selbst wenn beide professionell handeln, kann der Eindruck von Bevorzugung entstehen, was das Vertrauen im Team untergräbt. Die Folge sind Spannungen oder gar formelle Beschwerden», erklärt Stämpfli.

Umso wichtiger sei es, in diesen Fällen früh Transparenz zu schaffen. «Die proaktive Meldung einer Beziehung mit Abhängigkeit sichert das Paar ab, vor allem die Person in der höheren Position», betont Stämpfli. Denn sie ist es, die im Zweifelsfall Entscheidungen verantwortet und später mit möglichen Vorwürfen konfrontiert wird. ▸▸▸

ABOUT

Dr. med. Regula Guggenbühl Schlittler

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Paartherapeutin, Supervisorin, Dozentin und ReMed-Beraterin. Privat segelt sie gern und spielt Improtheater. Ihr Motto: Wir können den Wind nicht verändern, aber die Segel anders setzen (Aristoteles).

Nicole Stämpfli

Die Direktorin Personal der Insel Gruppe in Bern ist seit ihrem Studium im Bereich Human Resources tätig. Sie verbindet strategischen Weitblick mit einem feinen Gespür für Menschen.

Entflechten entlastet – auch das Paar
Kein Verbot also bei der Insel Gruppe, sondern Entflechtung: Wird eine Beziehung gemeldet, folgt ein klarer Prozess. Informiert werden die nächsthöhere vorgesetzte Person sowie das HR. Anschliessend werden Zuständigkeiten getrennt. Die höhergestellte Person in der Beziehung wird von Aufgaben entbunden, die direkte Auswirkungen auf die Partnerin oder den Partner haben. Entscheidungsbefugnisse etwa bei Beförderungen oder Lohnfragen werden an die nächsthöhere Hierarchiestufe oder in eine andere Organisationseinheit übertragen.

«Ich kenne sehr positive Beispiele von Paaren, die proaktiv melden. Zuständigkeiten werden entflochten und beide haben Sicherheit», sagt Stämpfli. So muss niemand befürchten, später der Bevorzugung beschuldigt zu werden, auch dann nicht, wenn die Beziehung endet.

Der grösste blinde Fleck
Trotz dieser Vorteile wird die proaktive Meldung noch zurückhaltend genutzt. Deshalb überarbeitet die Insel Gruppe derzeit ihre Leitlinien. «Sie sollen klarer und detaillierter aufzeigen, wann eine Meldung zwingend nötig ist und welchen Schutz sie bietet», erklärt Stämpfli.

Ein blinder Fleck mit Eskalationspotenzial bleiben die nicht gemeldeten Beziehungen in Abhängigkeitsverhältnissen. Solange alles gut läuft, sehen Paare oft keinen Handlungsbedarf. Stämpfli rät dringend zur Meldung, um sich abzusichern. «Wenn solche Konstellationen erst dann sichtbar werden, wenn es Probleme gibt, sind die Konflikte meist komplex», sagt die Personaldirektorin. Dann geht es nicht mehr nur um zwei Menschen, sondern um Vertrauen im Team, um Fairness und im Extremfall um rechtliche Auseinandersetzungen.

Wenn Nähe zur Enge wird
Zusammen sein und zusammen arbeiten: Was auf den ersten Blick ideal erscheint, kann aus paartherapeutischer Sicht anspruchsvoll sein. Denn Paaren im gleichen beruflichen Umfeld fehlen oft eigene Lebensbereiche. «Damit Beziehungen sich weiterentwickeln können, sind sowohl Paar- als auch Individualzeiten entscheidend», sagt Guggenbühl und verweist auf die Differenzierungstheorie des US-amerikanischen Arztes und Paartherapeuten David Schnarch. Diese beschreibt die Fähigkeit, als Paar emotional verbunden zu sein und gleichzeitig bei sich selbst zu bleiben und die daraus entstehenden Unterschiedlichkeiten auszuhalten. «Diese Oszillation zwischen Nähe und Distanz ist insbesondere für Paare, die eng zusammenarbeiten, besonders wichtig», sagt Guggenbühl. «Denn Feuer braucht Luft.»

«Selbst wenn beide professionell handeln, kann der Eindruck von Bevorzugung entstehen.»

Privat zu Ende – im Spital geht's weiter?
Funktioniert das nicht, besteht die Gefahr, dass die Nähe zur Enge wird. Sich zu trennen ist hart. Sich zu trennen und am nächsten Tag zusammen im Dienst zu stehen, härter. Bleiben beide im gleichen Team, fehlt ein Rückzugsort. Es ist fast unmöglich, dass das Umfeld die Spannungen nicht spürt.

Wer sich entscheidet, trotz Trennung weiter zusammenzuarbeiten, tut gut daran, diesen Schritt bewusst zu gestalten. Guggenbühl empfiehlt, sich ungeniert externe Unterstützung zu holen, etwa in Form einer Trennungsbegleitung. Diese kann den Prozess für beide erleichtern. «Oft reichen schon ein paar Sitzungen, um Konflikte zu klären und sich sauber zu entkoppeln.» Als Ärztin weiss sie: «Gerade unsere Berufsgruppe ist es gewohnt, anderen zu helfen und stark zu sein. Oft tun wir uns schwer damit, selbst Hilfe in Anspruch zu nehmen.»

Trotz aller Schwierigkeiten entstehen im Spital genau die Bedingungen, unter denen Nähe wächst: gemeinsame Verantwortung, geteilte Erfahrungen und viele Stunden vor Ort. Verlässliche Zahlen für die Schweiz fehlen zwar, aber Studien aus den USA deuten darauf hin, dass etwa ein Drittel der Ärztinnen und Ärzte innerhalb der eigenen Berufsgruppe liiert ist. Was vielleicht um 02:37 Uhr mit einem kurzen Blick begonnen hat, muss nicht enden. Viele Geschichten beginnen genau hier, im Spital – und finden ihren Weg. ✖

«Wir wissen, wie der andere tickt»

Wer mit ihnen im Team arbeitet, bemerkt sofort, wie mühelos ihre Zusammenarbeit funktioniert – mit einem Humor, der leise mitläuft. Dr. med. Laura Knabben und PD Dr. med. Stefan Mohr arbeiten im selben Fachgebiet auf unterschiedlichen Hierarchiestufen und sind privat gut befreundet.

Von Melanie Oetting

Kaum ist die erste Interviewfrage gestellt, wird etwas Wesentliches deutlich. «Wer antwortet?», fragt Stefan Mohr. «Hierarchisch du», sagt Laura Knabben trocken. Beide lachen. Es ist ein kurzer Moment, fast beiläufig. Und doch zeigt er, was ihre Zusammenarbeit prägt: gegenseitiges Verständnis und ein Alltagswitz, der vieles einfacher macht, was im Klinikbetrieb oft kompliziert ist. «Wir müssen uns nicht an Themen herantasten, nicht umständlich diplomatisch sein, man weiss einfach, wie der andere tickt», beschreibt Mohr ihren Arbeitsalltag.

Und dann wurde er ihr Chef

«Anfangs hatte ich ein paar Bedenken, ihn als Chef zu haben», erinnert sich die Gynäkologin. Die Vorstellung eines traditionell hierarchischen Chefarztes machte ihr Sorgen. «Ich wusste, er wird eine gewisse Rolle erfüllen müssen, und ich habe mich gefragt, ob das gut für mich ist.» Sie wurde positiv überrascht. Mohr führt modern, wertschätzend und transparent.

«Viel netter als ich ihn aus Bern kannte», sagt Knabben. Mohr hat kein bisschen das Gefühl, dass seine Autorität unter der Nähe, dem Du und dem lockeren Ton im Team leidet. Im Gegenteil. «Eine Assistenzärztin sagte neulich, sie glaube, dass dadurch alle effizienter arbeiten. Das hat mich gefreut zu hören.»

Nähe mit Nebenwirkungen

Die Freundschaft der beiden verkürzt im Alltag Prozesse: Entscheidungen fallen schneller, Diskussionen bleiben sachlich. «Ich glaube, die Klinik profitiert davon, dass wir eingespielt sind und uns gut verstehen», sagt Mohr. Und wenn man das Team fragen würde? Erst kürzlich hat Laura Knabben realisiert, dass ihre Verbindung für Kolleg:innen auch hemmend sein kann. «Ich habe gehört, dass mir gewisse Dinge nicht erzählt wurden, weil ich ja so eng mit Stefan bin.» Reibung entsteht daraus allerdings kaum.

Konflikte? Selten, finden beide. Abgesehen von einem Reizthema, das Knabben mit einem Augenzwinkern erwähnt: Frauenfussball. Mohrs Männerwitze dazu treiben sie gelegentlich auf die Palme. «Die meine ich natürlich nicht erst. Ich mache die nur, um sie zu nerven», stellt er klar. Fachliche Differenzen sind ebenfalls rar. Beide kommen aus der gleichen Schule, sehen vieles ähnlich. «Bei Unklarheiten diskutieren wir, aber da geht es nicht ums Rechthaben», sagt Mohr. «Unsere Bereiche – sie mit der Senologie, ich mit der allgemeinen Gynäkologie – sind klar abgegrenzt und wir reden uns da nicht rein.» Laura Knabben nickt: «Fachlich ergänzen wir uns gut. Jeder bringt seine eigene Perspektive ein.»

Ihre Kommunikation ist direkt, ehrlich und die Leichtigkeit ist spürbar. «Wenn Laura etwas nicht passt, merke ich es sofort. Ihre Mimik spricht Bände», sagt Mohr.

Leben neben dem Spital

Auch privat gibt es Berührungspunkte: Ihre jeweiligen Partner kennen sich gut. «Es gibt Fotos, auf denen unsere Kinder als Babys nebeneinander liegen», sagt Mohr. Er hat drei Kinder, Laura Knabben zwei. Neben Klinik- und Familienalltag trainiert sie ein Juniorenfussballteam. Die Vertrautheit im Spital ist nicht nur geblieben, sie ist gewachsen und wirkt wie ein Puffer gegen Stress. «Ich komme ganz klar mit mehr Freude zur Arbeit. Sicher haben wir Stress und viel zu tun. Aber ich kann mich bei Stefan ausjammern und ohne grosse Umwege Probleme ansprechen», sagt Knabben.

Mohr hingegen weiss, wann er einlenken, wann diskutieren muss. Beide hoffen, dass die vertraute Zusammenarbeit vor allem positiv auf das gesamte Team wirkt. Eine Szene findet der Chefarzt besonders bezeichnend und erheiternd: Im Rapport diskutierten die Ärztinnen kürzlich so ausführlich private gynäkologische Details, dass er sich, nicht ganz ohne Selbstironie, zwei Finger in die Ohren steckte. Eine Assistentin, die an diesem Tag frei hatte, bedauerte später, nicht dabei gewesen zu sein und sagte: «Wenn man bei uns mal fehlt, ist das, als würde man eine Folge seiner Netflix-Serie verpassen.»

Vielleicht zeigen genau solche Momente, wie hier gearbeitet wird: Neben dem Workload, langen Abenden und ernsten Fällen bleibt Raum für Leichtigkeit. So wird selbst aus einem scheinbar ganz gewöhnlichen Rapport ein Moment, den man ungern verpasst. ✖

ABOUT

Dr. med. Laura Knabben

Leitung Brustzentrum, stv. Chefärztin Frauenklinik, Bürgerspital Solothurn, Solothurner Spitäler. «Herausforderungen reizen mich, ob beruflich, im Fussball oder beim Marathon. Und Stefan weiss sehr gut, wie er meinen Ehrgeiz anstacheln kann.»

PD Dr. med. Stefan Mohr

Chefarzt Frauenklinik, Bürgerspital Solothurn, Solothurner Spitäler. «Ich verbringe jede freie Minute mit meinen drei Töchtern, eigene Hobbies kommen etwas zu kurz. Wenn doch Zeit bleibt: Frauenfussball.»

Wenn Macht Nähe bestimmt

Knapp ein Drittel der Ärzt:innen in der Schweiz erlebt **sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz**. Trotz Bemühungen um eine Null-Toleranz-Politik in Spitälern. Warum ist die Lücke zwischen Anspruch und Realität so gross? Und wieso schweigen 71 Prozent der Betroffenen? Dr. med. Zehra Hepp, Vizepräsidentin des VSAO Zürich, ordnet ein.

Von Melanie Oetting

Über 140 Meldungen zu sexuellen Belästigungen sind seit Sommer 2025 bei der neu eingerichteten Meldestelle am Universitätsspital Lausanne eingegangen. Die hohe Zahl zeigt: Wo Strukturen geschaffen werden, werden Missstände sichtbar. Gleichzeitig bleibt ein grosser Teil im Verborgenen. «71 Prozent der Betroffenen melden Übergriffe nicht, und zwar aus zwei Hauptgründen: der Befürchtung, dass eine Meldung keine sinnvollen Konsequenzen hat, sowie der Angst vor negativen beruflichen Konsequenzen», berichtet Zehra Hepp aus einer Umfrage von CHUV und VSAO vom Herbst 2025.

Die schweizweite Erhebung zeigt, dass sexuelle Belästigung im Gesundheitswesen ein verbreitetes Problem ist. Ursächliche Faktoren sind unter anderem die enge Zusammenarbeit bei typischen Machtgefällen und Abhängigkeitsverhältnissen.

«Durch das Durchlaufen der Karrierestufen von Assistenzärzt:in bis Chefärzt:in bleibt man über Jahre hinweg von Vorgesetzten abhängig», erklärt Hepp. «Gerade zu Beginn der Karriere steht man wegen befristeter Arbeitsverträge in einem doppelten Abhängigkeitsverhältnis: einerseits wegen der Förderung in der Weiterbildung, andererseits wegen der Verlängerung der Anstellung. Nach dem Facharzttitel bleibt man besonders in kleinen Fachgebieten eng verbunden. Das schafft ein Umfeld, in dem Grenzüberschreitungen eher stattfinden und seltener gemeldet werden.»

«Erst wenn Schweigen nicht mehr die sicherste Option ist, kann sich etwas verändern.»

Grauzone

War das nur ein unangenehmer Kommentar oder ein klares Fehlverhalten? Wieso fühlt man sich unwohl, obwohl alle anderen lachen? Für Betroffene ist es nicht immer eindeutig, Schwarz oder Weiss innerhalb der Grauzone zu erkennen. «Eine Grenzüberschreitung fängt dort an, wo es einem unangenehm wird. Das kann ein Kommentar sein, eine Bemerkung oder eine Berührung. Was sich nicht richtig anfühlt, ist es auch nicht», fasst Hepp zusammen. Aus dem Berufsalltag kennt sie genügend Grenzbereiche. Vorgesetzte, die Mitarbeitende «Schätzeli» oder Patient:innen «mein Engel» nennen, sind für sie klare No-Gos. Ebenso Komplimente, die sich nicht auf Fachliches beziehen, sondern auf das Aussehen. Als ersten Schritt bei Grenzüberschreitungen rät sie Betroffenen, das Gespräch unter vier Augen zu suchen: «So wird die andere Person konfrontiert, aber nicht exponiert.» Die wenigsten tun dies. Selbst für die jüngere Generation, die sensibilisierter darauf ist, Grenzen zu setzen und «Nein» zu sagen, wirken die Abhängigkeitsverhältnisse im Klinikalltag oft allzu hemmend.

Ein guter Grund zu schweigen

Wie hoch die Hürde ist, solche Vorfälle anzusprechen, beschreibt Hepp an einem Beispiel. «Macht etwa ein Vorgesetzter wiederholt sexistische Bemerkungen im Team, lachen viele mit, wenn auch ein bisschen peinlich berührt. Wer hier ein deutliches Zeichen setzt, etwa durch Körpersprache oder Nicht-Mitlachen, riskiert schlechtere Zusammenarbeit oder Ausgrenzung.»

Die Tatsache, dass mehr als zwei Drittel der Betroffenen schweigen, weil sie fürchten, dass eine Meldung keine sinnvolle Konsequenz hätte, macht einen wichtigen Ansatzpunkt sichtbar: niedrigschwellige und anonyme Angebote, die konkrete Schritte garantieren.

Vertrauensperson als Brücke

«Bei den meisten Betroffenen besteht der Wunsch, anonym zu bleiben», weiss Hepp. Selbst der Schritt, sich einer Vertrauensperson mitzuteilen, fällt daher schwer. Doch obwohl die Anonymität dadurch zu einem gewissen Grad aufgehoben ist, ist es für viele Betroffene leichter, die Person, von der die Grenzüberschreitungen ausgeht, nicht direkt zu konfrontieren. «Wenn die Vertrauensperson stellvertretend für Betroffene das Gespräch sucht, führt das häufig zu einer raschen, spürbaren Verhaltensänderung, insbesondere wenn die Person sich ihres Fehlverhaltens zuvor nicht bewusst war», sagt Hepp. ▸▸▸

7 SCHRITTE BEI GRENZÜBERSCHREITUNGEN

1. **Distanz wahren:** körperlich zurücktreten, Unbehagen signalisieren (z. B. durch Körpersprache)
2. **Ansprechen in Ich-Botschaften:** «Mir war das unangenehm …» statt «Du hast …»
3. **Unterstützung holen:** Austausch mit Kolleg:innen, Mentor:innen oder Vertrauenspersonen
4. **Beweise sichern:**
   — Tagebuch führen mit Datum
   — Chatnachrichten und Fotos speichern
   — Zeug:innen notieren
5. **Vertrauensperson einschalten**: ermöglicht anonyme Vermittlung
6. **HR einschalten**: ab hier meist keine Anonymität mehr
7. Beim **VSAO** über Handlungsoptionen beraten lassen

Sie empfiehlt zudem den Austausch im Team. Wenn mehrere Teammitglieder ein Fehlverhalten wahrnehmen, können die Rückmeldungen gebündelt über die Vertrauensperson weitergegeben werden. Sich nicht über ein Fehlverhalten bewusst zu sein, ist tatsächlich noch weit verbreitet. Damit sich dies ändert, muss das Umfeld Meldungen ernst nehmen und Verhaltensweisen, die lange als «Kavaliersdelikte» durchgewunken wurden, entschieden ablehnen. Ein wichtiger Schritt, die Null-Toleranz-Politik auch wirklich in die Praxis umzusetzen.

Was sich ändern muss

Prävention und Sensibilisierung sind für Hepp entscheidend. «Vorgesetzte müssen vorleben, was richtig ist, und Personalabteilungen und Chefetagen sollten zeigen, dass Meldungen auch Folgen haben.» Spitäler und medizinische Einrichtungen sollten zudem transparent machen, an wen sich Betroffene wenden können und welche Schritte folgen.

Derzeit diskutiert der VSAO Schweiz gemeinsam mit der FMH über Präzisierungen in der Standesordnung. Hepps Botschaft an junge Ärzt:innen ist eindeutig: «Es ist nicht normal, dass Grenzen überschritten werden, ganz egal wie weit unten man auf der Hierarchiestufe steht. Wenn es passiert, muss man es ansprechen. Das braucht Mut, aber der Austausch und die Unterstützungsangebote helfen.» Denn erst wenn Schweigen nicht mehr die sicherste Option ist, kann sich etwas verändern. ✖

ABOUT

Dr. med. Zehra Hepp

Assistenzärztin Innere Medizin am Kantonsspital Winterthur und Vizepräsidentin des VSAO Zürich. Neben der Medizin schlägt ihr Herz fürs kreative Arbeiten mit Stoff, Ton und Pinsel.

GRENZÜBERSCHREITUNG IN DER SCHWEIZER MEDIZIN

71 % der Betroffenen melden Vorfälle nicht

64 % bezweifeln, dass Meldungen sinnvolle Konsequenzen haben

41 % der Übergriffe stammen von Vorgesetzten

1 von 3 gemeldeten Fällen führt zu keiner Konsequenz

Ärztinnen sind

3-mal häufiger betroffen als Ärzte

Quelle der Belästigung sind zu

42 % Patient:innen

47 % Kolleg:innen

Auswirkungen auf Betroffene

60 % Stress

35 % emotionale Erschöpfung

30 % Motivationsmangel

Quelle: Umfrage CHUV/VSAO mit über 1800 Ärzt:innen

Die offene Bürotür

Thomas Egger darüber, wie kollegial es im Team mit unterschiedlichen Hierarchien sein darf.

«Was macht ihr in den Ferien?», fragt die Leitende Ärztin das Team in der Kaffeepause. Alle erzählen, dann fragt jemand: «Und du?» Die Leitende Ärztin druckst herum und will nichts preisgeben. Diese Erfahrung habe ich als junger Oberarzt gemacht. Sie hat sich mir eingeprägt. Zum Glück ist die Situation heute oft eine andere: Viele Ärzt:innen leben einen kollegialen Führungsstil und haben kein Problem damit, als Person nahbar zu sein und auch mal Gedanken und Gefühle zu teilen.

«Als Vorgesetzter muss ich den Mut haben, Unbequemes anzusprechen.»

Einblicke in Wochenend- und Ferienpläne, Erlebnisse mit den eigenen Kindern oder herausfordernde Situationen mit Patient:innen oder Zuweisenden: In unseren gemeinsamen Pausen im Ambulatorium Psychosomatik St.Gallen sprechen wir offen über das, was uns beschäftigt. Dass dies so selbstverständlich ist, liegt wohl auch am relativ niedrigen Altersdurchschnitt unseres interdisziplinären Teams aus Psychotherapie, Psychiatrie, Sekretariat, Pflege und Disposition. Die jüngere Generation ist die Zusammenarbeit auf Augenhöhe gewohnt. Das Team weiss, dass es auch dem Co-Chefarzt persönliche Fragen stellen kann. Diese Nähe wirkt sich positiv auf die Fehlerkultur aus. Etwas anzusprechen, was nicht gut gelaufen ist, fällt so leichter. Allen ist bewusst, dass niemand perfekt ist und Fehler passieren. Das ist gelebter Alltag in der gesamten Klinikgruppe Valens. Auch die Du-Kultur auf allen Hierarchiestufen schafft Nähe und ist ein Baustein für die Begegnung auf Augenhöhe.

Das Ziel eines Teams soll jedoch nicht sein, dass alle Freundinnen und Freunde werden. Manchen sind Kontakte im Team – oft auch über die Arbeit hinaus – wichtiger als anderen: Beides ist legitim und darf sich nicht auf die Stellung im Team auswirken. Im Ambulatorium begegnen uns Fragen von Nähe und Distanz täglich in der Arbeit mit Patient:innen. Das schult den Umgang damit, auch im Team.

Damit ein kollegialer Umgang funktioniert, braucht es das Wissen um verschiedene Rollen: Als Co-Chefarzt bin ich Teil des Teams und gleichzeitig dessen Rahmengeber. Diese Doppelrolle verlangt Klarheit. Zum Beispiel muss ich als Vorgesetzter bei der regelmässigen Supervision kritische Fragen stellen und auch den Mut haben, Unbequemes anzusprechen. Ich versuche dabei, die goldene Mitte zwischen menschlicher Nähe und Klarheit zu behalten. Es gehört zu meinem Führungsverständnis, eine Kultur zu ermöglichen, in der Nähe und Verbundenheit selbstverständlich sein können, aber nicht sein müssen. Ich versuche, zugänglich zu sein und auf Augenhöhe zu kommunizieren, beispielsweise bei medizinischen Entscheidungen, Beurteilungen oder Konfliktsituationen konsequent in der Führungsrolle zu bleiben, um transparent und glaubwürdig zu sein. Zudem ist es für mich im klinischen Alltag selbstverständlich, für Fragen und kurze Begegnungen «zwischen Tür und Angel» da zu sein. Meine Bürotür steht ausserhalb von Terminen daher immer offen. ✖

ABOUT

Thomas Egger

Co-Chefarzt Psychosomatik und Psychiatrie im Ambulatorium Psychosomatik St.Gallen und in der Rehaklinik Gais der Klinikgruppe Valens. Er liebt guten Kaffee und hat eine Barista-Ausbildung in Wien und Hamburg absolviert.

MEDIZIN TRIFFT MODE

14.–17. Jh.

Der «Vogel-Look» (Pestdoktor)

Outfit: Schwarzer Leder-Ganzkörper-Anzug mit Schnabelmaske und Glasaugen

Funktion: Schutz vor Körpersäften und Distanz zum Patienten

bis Ende 19. Jh.

Der «Gentleman in Schwarz»

Outfit: Knielanger, schwarzer Gehrock und Zylinder

Funktion: Praktische Alltagskleidung, auf der man Blutflecken und Schmutz kaum sah – Hygiene war damals noch ein Fremdwort

Bilder oben: Pestdoktor um 1650; Gemälde 1875 «The Gross Clinic» von Eakins

Eine Patientin betritt das Sprechzimmer. Zwei Ärzt:innen, gleiche Ausbildung, gleiche Erfahrung. Der eine trägt ein weisses Poloshirt, die andere einen klassischen Kittel. Wem vertraut die Patientin mehr?

Von Nicole Urweider

Das Vertrauensvotum für den Arzt oder die Ärztin fällt selten rational aus. Denn Kleidung wirkt, auch dort, wo es um medizinische Fakten geht. Sie signalisiert Kompetenz, schafft Nähe oder Distanz und beeinflusst in Sekunden, wie ein Gegenüber wahrgenommen wird. In der Medizin ist sie damit weit mehr als Stoff. Sie ist Haltung, Botschaft und manchmal sogar ein kleiner Teil der Therapie.

Uniform und Projektionsfläche

Die Kleidung spricht, bevor Sie es tun. Noch bevor ein Wort fällt, hat Ihr Gegenüber Sie erstmalig eingeordnet: kompetent, informell, streng oder nahbar, «typisch Arzt» oder eher unkonventionell. Kleidung funktioniert in der Medizin wie ein visuelles Versprechen – und manchmal wie ein stilles Urteil. Viele Patient:innen, besonders ältere, vertrauen dem klassischen Kittel mehr als einem allzu legeren Outfit. Der Kittel wird zum visuellen Anker in einer Situation, die oft von Unsicherheit geprägt ist. Und doch: Die gleiche Kleidung wirkt nicht bei allen gleich. Während Männer im Kittel automatisch als Autorität gelesen werden, werden Ärztinnen in identischer Kleidung auch heute noch häufiger fälschlicherweise dem Pflegepersonal oder der Assistenz zugeordnet, was eine Übersichtsstudie von Janghyeon Kim et al. im BMJ Open aus dem Jahr 2025 zeigt.

Kleidung wirkt nicht nur nach aussen, sondern auch nach innen. Forschende nennen das «Enclothed Cognition»: Was Menschen tragen, beeinflusst, wie sie denken und handeln. Eine Studie der amerikanischen Psychologen Adam und Galinsky im Journal of Experimental Social Psychology zeigte, dass Versuchspersonen konzentrierter arbeiteten, wenn sie einen Kittel trugen, den sie als Arztkittel verstanden; wurde derselbe Kittel hingegen als «Anstreicherkittel» bezeichnet, verschwand dieser Effekt.

Schwarz, weiss, blau, grün

Ein Blick zurück zeigt: Medizin war nie frei von Mode. Jedoch folgt die Mode meist der Medizin und nicht umgekehrt. Bis ins 19. Jahrhundert hinein trugen die überwiegend männlichen Ärzte Schwarz. Nicht aus ästhetischer Raffinesse, sondern aus praktischen

ab 1900

Die «Weisse Revolution» mit der Entdeckung der Keime

Outfit: Der klassische weisse Arztkittel

Funktion: Sterilität (Kochwäsche), Signal von Sicherheit und Ordnung

Ab den 1920ern

«Farbe bekennen» im OP

Outfit: Wechsel von Weiss zu Grün oder Blau für Chirurgen

Funktion: Schonung der Augen und Komplementärfarbe zu Blutrot

MissGermanyStudios4

Ab 2016

«Bare Below Elbows»

Outfit: Kurzärmelige Kasacks oder Poloshirts, oft auch bunt

Funktion: Hygiene-Power und Nahbarkeit

Bilder oben, v. l.: Behandlungsszene aus der ARD-Serie «Charité»; Operationssaal der 1920er-Jahre; Dr. med. Valentina Busik, Ärztin und Miss Germany 2025

Gründen – dunkle Stoffe verziehen Flecken, Blut, Eiter, Realität. Gleichzeitig unterstrich der Gehrock den Status: Arzt sein hiess, Teil der gebildeten Elite zu sein.

Dann kam die Wende: Mit der Entdeckung von Keimen verlor Schwarz seine Würde und wurde zum Problem. Um 1900 übernahm Weiss. Nicht, weil es schöner, sondern weil es ehrlicher war. Jeder Fleck sichtbar. Jede Unachtsamkeit entlarvt. Und: Nur weisse Stoffe hielten die notwendige Kochwäsche aus. Der weisse Arztkittel etablierte sich als sichtbares Hygienesymbol.

Im Operationssaal wiederum setzten sich Blau und Grün durch. Nicht aus modischen Gründen, sondern weil es die Augen entlastet. Blut erscheint auf grünen oder blauen Flächen kontrastreicher, wodurch Details im Operationsfeld besser erkennbar sind und die Augen weniger ermüden. Mode folgt hier nicht dem Laufsteg, sondern der Logik des Körpers.

Sauber oder rein

Und dann wird es paradox: Kaum ein Kleidungsstück stand einst so sehr für Reinheit wie der weisse Kittel und kaum eines wird aus Hygienesicht heute so kritisch betrachtet. Studien zeigen: Ein Grossteil der Kittel ist mit potenziell pathogenen Keimen belastet. Besonders Ärmel und Taschen werden zu stillen Sammelstellen. «Bare below elbows» lautet deshalb die Devise in vielen Ländern. Keine langen Ärmel, keine Uhr, kein Schmuck. Kurzärmelige Alternativen wie der Kasack oder das Poloshirt gewinnen an Bedeutung: Freie Unterarme erleichtern die Händedesinfektion und reduzieren Kontaktflächen – ein klarer Vorteil aus hygienischer Sicht. Das bedeutet nicht das Ende des Kittels, aber verschiebt seine Rolle. Vom vermeintlichen Schutzschild hin zu einem Symbol, das sorgfältig eingesetzt werden muss im Rahmen hygienischer Richtlinien, die einen regelmässigen Wechsel und situationsabhängigen Einsatz vorschreiben. Das Fazit der Neuzeit: Was sauber aussieht, ist es nicht automatisch. Und was informeller wirkt, kann die bessere Wahl sein.

Zwischen Nähe und Distanz

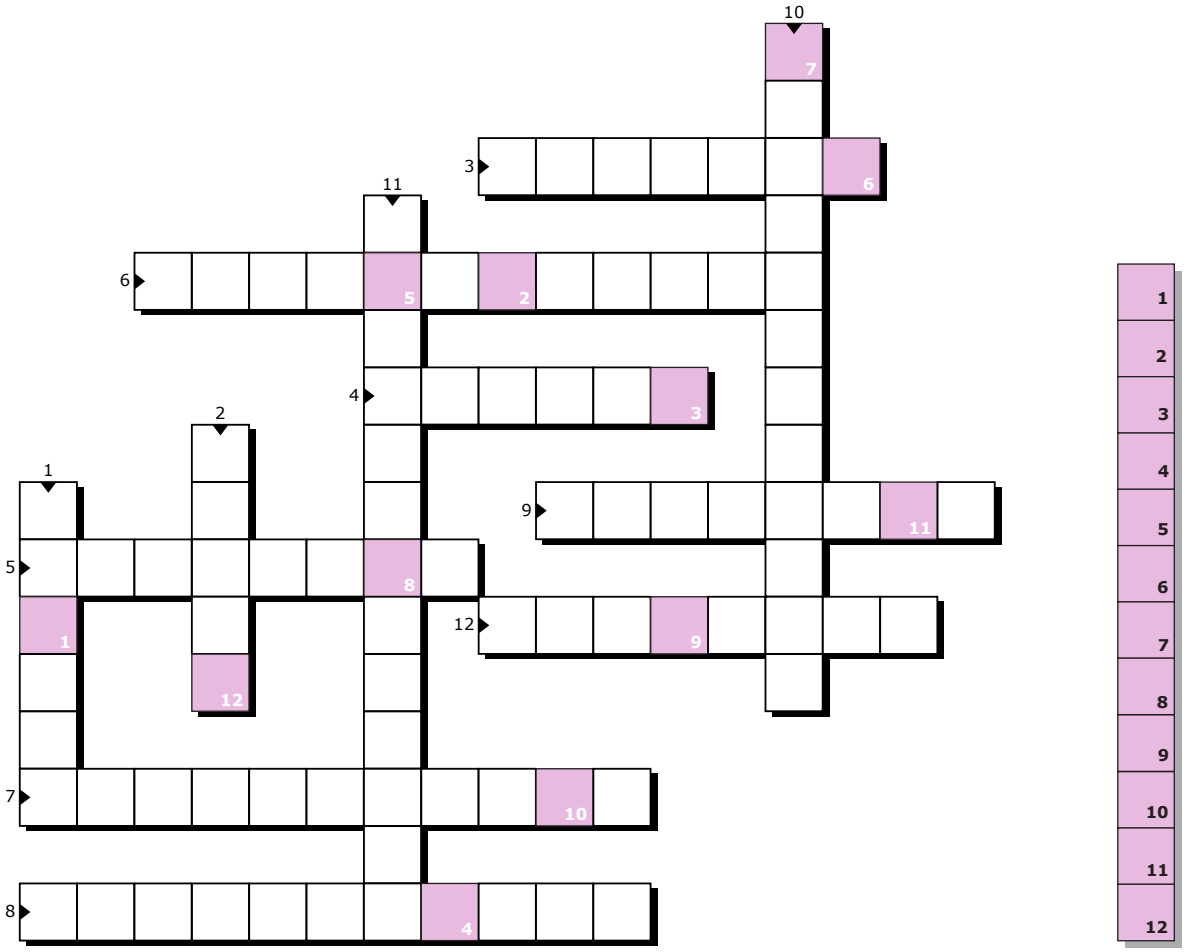
Für viele Patient:innen ist der weisse Kittel ein vertrautes Zeichen: Hier bin ich richtig. Hier weiss jemand, was er oder sie tut. Gleichzeitig kann genau dieses Symbol Distanz erzeugen. Die Weisskittel-Hypertonie beschreibt einen messbaren Blutdruckanstieg allein durch die Untersuchungssituation und zeigt, wie sehr Kleidung physiologisch wirken kann. In der Pädiatrie oder Psychiatrie verzichten deshalb viele Ärzt:innen bewusst auf den Kittel. Zwischen Autorität und Zugänglichkeit liegt ein schmaler Grat. Und oft ist es nicht nur die medizinische Kompetenz, die ihn definiert, sondern auch ein Stück Stoff.

Was unter dem Kittel zählt

Zurück ins Sprechzimmer. Die Patientin schaut kurz auf, nimmt wahr, ordnet ein. Kittel oder Poloshirt? Der erste Eindruck ist längst gesetzt, noch bevor das Gespräch beginnt. Und dennoch zählt, was kein Stoff ersetzen kann: Kompetenz, Haltung, Klarheit, Empathie. Oder anders gesagt: Stil lässt sich tragen. Langfristiges Vertrauen muss entstehen. ✖

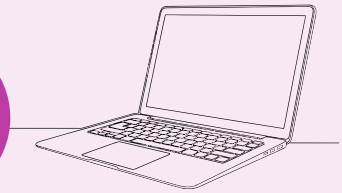
Kreuzworträtsel

1. In welchem europäischen Land befindet sich die Stadt Junik?
2. Welche Farbe hat der Junikäfer (Amphimallon solstitiale)?
3. Die römische Göttin Juno, nach der der Monat Juni benannt ist, war verheiratet mit …
4. Welches Elektrolyt ist hauptverantwortlich für das Ruhemembranpotenzial?
5. In welchem Kanton ist der Anteil von Frauen an der Ärzteschaft am höchsten (Jahr 2024)?
6. In welchem medizinischen Fachgebiet ist der Anteil an Ärztinnen am höchsten?
7. Und in welchem medizinischen Fachgebiet arbeiten am wenigsten Ärztinnen?
8. Zu welcher Wirkstoffgruppe gehört Sirolimus?
9. In welchem Körperteil liegt das Os sphenoidale?
10. Welche Tierart kann das Marburg-Virus übertragen?
11. Bei welcher Kindslage kommt es gehäuft zu Hüftdysplasien?
12. Wie heisst die invasive Pflanze, die im August/September blüht und stark allergen ist?



Jetzt mitmachen und eine
FOMF-Jahresmitgliedschaft
gewinnen!

Wert:
CHF 960



Gewinnen Sie eine FOMF-Jahresmitgliedschaft im Wert von CHF 960 mit Zugang zu über 150 Kursen und Webinaren, über 6000 Vorträgen und bis zu 50 Credits, wahlweise vor Ort oder via Livestream. Die Mitgliedschaft wird unter allen richtigen Einsendungen verlost. Viel Glück.

fomf.ch

Senden Sie das Lösungswort und Ihre Postadresse bis zum **12. August 2026** an **medlife@mededition.ch**.

FOMF
FORUM MEDIZIN FORTBILDUNG